



Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte und Psychologen in der Straffälligenhilfe e.V.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich

Name:

Vorname:

die BAGÄP widerruflich, den jeweils fälligen Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von 50,- € von meinem Konto

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

per Lastschrift einzuziehen.

Dieser Lastschriftauftrag behält seine Gültigkeit für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft bzw. bis zu seinem schriftlichen Widerruf.

Änderungen meiner Bankverbindung zeige ich der BAGÄP unverzüglich an.

Ort, Datum

Unterschrift